

Abschlussbericht für das Bundesamt für Migration

zur Pilotstudie für die geplante prospektive Untersuchung "Mental health status and healthcare utilization in asylum seekers in Switzerland"

10.07.2009

M. Schmidt, J. Müller & T. Maier

Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer
Psychiatrische Poliklinik
UniversitätsSpital Zürich
Culmannstr. 8
CH - 8091 Zürich

Zusammenfassung

Die vorliegende Pilotstudie wurde zur effektiven Planung und Durchführung einer grossangelegten prospektiven Studie zur psychischen Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bei Asylsuchenden in der Schweiz durchgeführt. Internationale Forschung hat in verschiedenen Industrieländern eine erhöhte Rate an psychischen Störungen bei Asylsuchenden gefunden. Im Rahmen von explorativen Controlling- und Monitoringstudien des Bundesamtes für Migration und des Bundesamtes für Gesundheit ergaben sich Hinweise darauf, dass auch bei Asylsuchenden in der Schweiz ein hohes Ausmass an psychischen Beschwerden vorliegt. Über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bei Asylsuchenden ist bislang wenig Systematisches bekannt.

Ziel der Pilotstudie war, die organisatorische Machbarkeit und den Personal-, Zeit- und Kostenaufwand einer grösseren prospektiven Studie zu überprüfen, sowie erste Ergebnisse in Erfahrung zu bringen. Um die Durchführung einer prospektiven Studie zu „simulieren“, wurde eine repräsentative Zufallsstichprobe aus 2 Gruppen von Asylsuchenden im Kanton Zürich untersucht: neu eingereiste Asylsuchende (N=43) und Asylsuchende, die seit einem Jahr in der Schweiz leben (N=43). Erhebungen fanden sowohl dolmetschergestützt als Interview wie auch mittels Fragebogen statt. Neben psychiatrischer Diagnostik wurden Variablen zur Integration und zur kognitiven Leistungsfähigkeit erhoben. Sämtliche Daten der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens dieser Personen wurden uns durch die Krankenkasse zugänglich gemacht.

Die Ergebnisse geben Hinweise auf ein hohes Ausmass an Psychopathologie bei Asylsuchenden, insbesondere an posttraumatischer und depressiver Symptomatik. Gemäss dem eingesetzten strukturierten klinischen Interview erfüllten 41% der untersuchten Personen die Kriterien für mindestens eine psychische Störung. Anfallende Kosten im Gesundheitswesen liegen bei durchschnittlich CHF 2445.- pro Person und Jahr, und damit um ca. CHF 1000.- höher als bei der

Allgemeinbevölkerung mit gleicher Geschlechts- und Altersverteilung. Die Kosten bei Asylsuchenden mit einer psychiatrischen Diagnose sind zwar höher als bei psychisch unauffälligen, es zeigte sich hingegen keine Zunahme der Konsultationszahl bei vorliegender psychischer Krankheit. Die Analyse der Krankenkassendaten gibt Hinweise auf eine psychiatrische Unter- bzw. Fehlversorgung bei den untersuchten Asylsuchenden.

Die Erfahrungen der Pilotstudie zeigen, dass die Durchführung einer prospektiven Studie in grossem Umfang möglich ist. Mit einer Teilnahmequote von rund 70% der zufällig angefragten Personen und erlaubter Einsicht in die Krankenkassendaten bei 90% der Teilnehmenden sind wichtige Bedingungen für eine hohe Validität/Repräsentativität der Daten erfüllt. Die konstruktive Zusammenarbeit mit verschiedenen Ämtern und Durchgangszentren erlaubt eine effiziente Koordination des Ablaufs. Aufgrund hohen Zeit- und Kostenaufwandes müssen jedoch Reduktionen in der vorgesehenen Stichprobengrösse und Anzahl Erhebungszeitpunkte diskutiert werden.

1. Ausgangslage

Unter der Leitung von Dr. med. T. Maier und Dr. phil. J. Müller und in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. F. Gutzwiller, Dr. phil. II M. Bopp (Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich), Prof. Dr. med. U. Schnyder (Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals Zürich) und Prof. Dr. oec. U. Brügger (Zürcher Hochschule Winterthur ZHW, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG) planen wir eine prospektive Studie zur psychischen Gesundheit, der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und dem Integrationsverlauf bei Asylsuchenden in der Schweiz. Bisher wird es sich landesweit um das erste Projekt dieser Art handeln. Auch aus dem Ausland liegen nur vereinzelte quantitative Querschnittsstudien zu diesen Parametern bei Asylsuchenden vor, jedoch existieren bislang keine repräsentativen längsschnittlichen Daten, die Aussagen über verschiedene Verläufe und deren Einflussvariablen auf die psychische Gesundheit ermöglichen..

Um die Durchführbarkeit unseres Vorhabens zu überprüfen, insbesondere, eine verlässliche Planung und effektive Durchführung der prospektiven Studie zu ermöglichen, führten wir im Vorfeld eine Pilotstudie durch. In kleinerem Rahmen (N = 86) wurden dabei folgende Variablen untersucht: Organisatorische Abläufe, zu erwartende Projektkosten, die Bedingungen der Zusammenarbeit mit Behörden und Ämtern, die Validität der verwendeten Konstrukte und Messinstrumente, sowie die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Teilnehmenden.

2. Einleitung

Nur einer begrenzten Zahl von Asylsuchenden wird in westlichen Industrieländern letztlich ein dauerhafter Aufenthalt (z.B. als anerkannter Flüchtling) gewährt. In der Schweiz wurden 2008 lediglich 23% der Asylsuchenden als Flüchtlinge anerkannt (BFM, 2008). Dennoch verbringen viele als Asylbewerber einreisende Personen, wenn sie einmal ins Verfahren aufgenommen wurden, mehrere Jahre im Aufnahmeland; gemäss den Schweizerischen Aufenthaltsstatus entweder im Status von Asylbewerbern (N), als vorläufig Aufgenommene (F) oder unter anderen Rechtstiteln (z.B.

Familiennachzug, Heirat, Härtefall, Sans-Papier). Auch ein beträchtlicher Teil der abgelehnten Asylsuchenden erlangt im Schweizerischen System früher oder später auf verschiedenen Wegen eine definitive Aufenthaltsbewilligung und bleibt dauerhaft in der Schweiz wohnhaft. Bislang existieren allerdings keine genauen Angaben zur durchschnittlichen tatsächlichen Aufenthaltszeit von Personen, die als Asylsuchende in die Schweiz oder in andere Industrieländer einreisen. Überdies unterliegt die durchschnittliche effektive Aufenthaltsdauer von Asylsuchenden einem ständigen Wandel, da sich die geographische Herkunft, die Bedingungen im Aufnahmeland und die Rechtspraxis im Verlauf der Zeit verändern. Da die Asylverfahren wegen komplizierter Sachverhaltsabklärungen, überlasteter Asylbehörden und Rekursmöglichkeiten oftmals lange dauern und immer häufiger zu vorläufigen humanitären Aufnahmen führen, aber auch aufgrund von Eheschliessungen, Anerkennung als Härtefall, Abtauchen in die Illegalität oder wegen undurchführbarer Ausschaffung, verbringt ein beträchtlicher Anteil der Asylsuchenden ohne Weiteres drei, fünf oder mehr Jahre im Aufnahmeland, bzw. verlässt dieses überhaupt nicht mehr.

Dank der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz (Art. 82a des Asylgesetzes; http://www.admin.ch/ch/d/sr/142_31/a82a.html) haben Asylsuchende theoretisch von Anfang an vollen Zugang zu medizinischer Grundversorgung. Allerdings stehen in der Praxis eine Reihe von Zugangsbarrieren wie Gatekeepermodelle und andere institutionelle Hürden, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Informations- und Wissensdefizite, abweichende Krankheitsmodelle sowie Ängste und Vorurteile einer optimalen medizinischen Versorgung im Weg. Es gibt Hinweise, dass Asylsuchende überdurchschnittlich häufig an Gesundheitsproblemen leiden, wobei besonders psychische Störungen im Vordergrund stehen (z.B. Eckert et al. 2004). Es ist unklar, ob prämigrationale Faktoren (z.B. Traumata) Hauptursachen dieser Probleme sind oder ob eher die Lebensbedingungen im Aufnahmeland und das Fehlen des gewohnten sozialen Umfelds zu Auftreten und Persistenz diesen Störungen führen. Forschungsergebnisse zeigen, dass zwischen Gesundheitsproblemen – insbesondere psychischen – und Integrationsschwierigkeiten Wechselwirkungen bestehen (Cheung, 1995). Eine prospektive Untersuchung von Asylbewerbern im Hinblick auf deren psychische Gesundheit und im weiteren Sinne aus sozial- und präventivmedizinischer Perspektive erscheint demnach notwendig und lohnenswert, da auf dem neu gewonnenen Wissen aufbauend gezielte Massnahmen für eine angemessene, differentielle Versorgung etabliert werden könnten.

Für die Population von durch Krieg oder Folter traumatisierten Flüchtlingen – d.h. anerkannte Asylbewerber – hat sich innerhalb der vergangenen Jahrzehnte eine beachtliche Fülle an Literatur angesammelt. All diese Studien berichten über erhebliche Psychopathologie und psychischem Leiden traumatisierter Flüchtlinge. Beispielsweise untersuchten Von Lersner, Rieder und Elbert (2008) in Deutschland eine Gruppe von 50 Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Nach durchschnittlich 11 Jahren im Exilland erfüllten 78% die Kriterien mindestens einer psychischen Störung. Eine gute Integration ging insgesamt mit geringerer psychischer Belastung und mit hoher subjektiver Lebensqualität einher.

Nur wenige Autoren haben bislang die psychische und physische Gesundheit von Asylsuchenden in westlichen Ländern untersucht. Hier ist insbesondere die Forschungsgruppe um Derrick Silove zu nennen, die in Australien tamilische Asylsuchende mit anerkannten Flüchtlingen und regulären tamilischen Immigranten verglich (Silove, Steel, McGorry & Mohan, 1998). Die eingesetzten

Fragebogen wurden in dieser Studie postalisch an die Teilnehmer versandt. Asylsuchende berichteten über höheren Leidensdruck als anerkannte Flüchtlinge, wobei bezüglich psychiatrischer Symptome keine Unterschiede gefunden wurden. 2006 veröffentlichte die gleiche Arbeitsgruppe eine Fragebogenstudie zum Vergleich der psychischen Gesundheit von Persisch sprechenden Flüchtlingen mit vorläufiger ($n = 49$) und dauerhafter ($n = 67$) Aufnahmebewilligung (Coello, Aroche, Silove & Brooks, 2006). Hier zeigte sich der vorläufige Aufnahmestatus als Prädiktor schlechterer psychischer Gesundheit, wohingegen aufgenommene Personen geringere Psychopathologie aufwiesen. Im Gegensatz zu den hohen Prävalenzen psychischer Störungen bei Selbstbefragungen (Fragebogen) und Clinician-ratings (Interviews) fanden Weinstein und Mitarbeiter (2000), dass die befragten zuständigen Hausärzte von $N = 2'361$ Flüchtlingen bei diesen kaum psychische Störungen diagnostizierten sondern vornehmlich verschiedene diffuse Symptome beschrieben. Die Autoren schliessen, dass in der Gesundheitsversorgung kaum auf die spezifische Problematik von Flüchtlingen geachtet werde, obwohl sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.

Die erste europäische Studie zu psychischer Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen wurde durch die EU-Kommission initiiert (Watters & Ingleby, 2003) und in vier Ländern durchgeführt (Niederlande, Spanien, Polen und Grossbritannien). Bei der qualitativen Datenerhebung für diese Studie fanden die Autoren einen generellen Mangel an spezifischen Daten zur psychischen Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. In allen untersuchten Ländern werden nennenswerte Versäumnisse in der Information und politischen Verfahrensentwicklung genannt.

Seither wurden in Holland zwei namhafte Studien zu diesem Thema durchgeführt: Laban und Mitarbeiter legten 2005 Resultate aus direkten Interviews mit $N = 294$ irakischen Asylsuchenden in Holland vor. Sie fanden signifikante Korrelationen zwischen Psychopathologie und aktuellen Lebensproblemen, Diskriminierung und sozioökonomischen Bedingungen. Eine für unsere Fragestellung interessante Fragebogenstudie wurde kürzlich von Gerritsen et al. (2006) publiziert. Die Studie hatte zum Ziel, bei afghanischen, iranischen und somalischen in Holland lebenden Asylsuchenden ($N = 232$) und Flüchtlingen ($N = 178$) die Prävalenz physischer und psychischer Gesundheitsprobleme sowie damit zusammenhängender Variablen für diese Probleme zu untersuchen. Beinahe 60% der untersuchten Asylsuchenden und 42% der anerkannten Flüchtlinge berichteten über schlechte allgemeine Gesundheit. Weibliches Geschlecht, höheres Alter und niedrige soziale Unterstützung standen in Zusammenhang mit psychischen oder physischen Gesundheitsproblemen. Diese Studie ist dank ihrer ausführlichen Planung und multikultureller Erhebung qualitativ wertvoll. Ihre Schwäche besteht unseres Erachtens im Mangel an objektiven Daten als Zusatz zu den Selbstbeurteilungen sowie dem Querschnittsdesign, das keine Beobachtungen zur Entwicklung von Symptomen unter gewissen Umweltfaktoren zulässt.

In der Schweiz wurde im Rahmen von zwei grossangelegten Studien mit Migranten die psychische Gesundheit mit jeweils einem Item erfragt. Das Bundesamt für Migration (BFM) erhob in Zusammenarbeit mit den Kantonen und im Rahmen eines Contollings zur Integration unter Anderem Angaben zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen in der Schweiz (Bundesamt für Migration, 2008). Teilnehmende wurden mit je einem Item nach dem Vorliegen von psychischen und physischen Krankheiten gefragt. Fast ein Drittel der befragten Flüchtlinge ($N = 1'047$) gaben an, psychisch krank zu sein. Auch von Flüchtlingen, deren Einreise 5 Jahre zurücklag, berichteten 29% über psychische Krankheit. Interessanterweise schätzten die zuständigen SozialarbeiterInnen den Anteil an Flüchtlingen

mit psychischen Problemen höher ein als die Flüchtlinge selbst. Sowohl Befragte selbst wie auch deren BetreuerInnen schätzten den Einfluss der psychischen Gesundheit auf die Integration als hoch ein. In einem grossangelegten Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (Bundesamt für Gesundheit, 2007) wurde der allgemeine Gesundheitszustand und die psychische Ausgeglichenheit unter anderem von tamilischen und kosovarischen Asylsuchenden (N = 500) erfragt. Asylsuchende gaben an, sich gesundheitlich weniger gut zu fühlen als andere Migrantengruppen. Es wurden mehr körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen, Schlafstörungen und Kopfschmerzen angegeben.

Es ist bekannt, dass insbesondere psychische Störungen nach traumatischen Erfahrungen mit einer reduzierten kognitiven Leistungsfähigkeit einhergehen (Brandes et al., 2002). Bei Personen mit PTSD kann es zu strukturellen Veränderungen im Gehirn kommen. Es gibt Hinweise dafür, dass diese Veränderung auch die graue Substanz der frontalen Bereiche, die für das logische Denken zuständig sind, betreffen (Geuze et al., 2008). Die kognitive Leistungsfähigkeit von Flüchtlingen und Asylsuchenden wurde unseres Wissens bislang nicht untersucht.

Sowohl für die Schweiz als auch im internationalen Kontext ist ein besseres Verständnis von objektiver und subjektiver (insbesondere psychischer) Gesundheit Asylsuchender notwendig, von beeinflussenden Faktoren, vom Verlauf des Gesundheitszustandes in Abhängigkeit verschiedener Faktoren, sowie von der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung durch Asylsuchende (Kinzie, 2006; Maggi & Cattacin, 2003, Eckert et al. 2004). Unseres Wissens wurden diese Fragen bislang nicht prospektiv untersucht. Alle uns bekannten Studien verzichteten zudem auf den Beizug von objektiven Daten als Zusatz zur Selbstbeurteilung. Zudem wird immer wieder kritisiert, dass zur Diagnostik psychischer Störungen das Urteil von Klinikern unverzichtbar ist, da Selbstbeurteilungsinstrumente gewissen Verzerrungen unterliegen (Turner et al., 2003). Insbesondere für PTSD wird von einer Überschätzung der Störung durch Selbstbeurteilungsinstrumente ausgegangen, die Raten an PTSD sind bei Clinician-ratings konstant geringer (Turner et al., 2003). Es wird ein Mangel an epidemiologischen Studien zu psychischem Stress in Migrationspopulationen festgestellt (z. B. Kirkaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006), dies insbesondere im deutschsprachigen Raum. Wie Carta et al. (2005) in einem Review zu Migration und Gesundheit in Europa festhalten: „It is impossible to consider migrants as a homogeneous group concerning the risk for mental illness. In this sense, psychological studies should be undertaken to identify those factors which may (...) imply an increased risk of psychiatric disorders“ (Carta, Bernal, Hardoy, Haro-Abad et al. 2005). Auch Kirkaldy und Mitarbeiter (2006) erachten Studien an ausreichend grossen und diversen Migrantengruppen als dringend notwendig, um spezifische Risikofaktoren für psychische Gesundheitsprobleme differenzieren zu können.

3. Ziele der Pilotstudie

Die vorgesehene prospektive Studie soll an einer grossen Zufallsstichprobe (N = 1500) von Asylsuchenden durchgeführt werden. Es ist vorgesehen, die Teilnehmenden gleich nach ihrer Einreise in die Schweiz, sowie 1,3 und 5 Jahre später zu untersuchen. Es handelt sich um ein zeit- und kostenintensives Projekt. Zur Überprüfung der Durchführbarkeit sowie zur effektiven Planung dieser

prospektiven Studie wurde die vorliegende Pilotstudie an einer kleineren Stichprobe von Asylsuchenden durchgeführt. Folgende Fragen sollten durch diese Pilotstudie geklärt werden:

3.1 Organisatorische und logistische Machbarkeit

Kontaktierung und Informationsfluss: Welche Organisationen auf Bundes-, Kantons-, Gemeinde- und ev. Vereinsebene bieten den optimalen Zugang zur Rekrutierung der Probanden? Welche Algorithmen und Abläufe müssen etabliert werden? Wer nimmt wie mit wem Kontakt auf? Information, Aufklärung und Informed Consent der Probanden. Rekrutierung und Schulung geeigneter Dolmetscher. Wie und wo findet die Datenerhebung statt?

- *Compliance/Kooperation/Verweigerung*: Wie viele der angefragten Individuen nehmen teil? Wie viele lehnen ab? Wie viele Teilnehmende müssen rekrutiert werden, sodass die Endstichprobe nach 3 und nach 5 Jahren noch gross genug für relevante Schlussfolgerungen sind? Inwiefern kann eine finanzielle Entschädigung der Teilnehmer die Kooperation verbessern?
- *Überprüfung der Brauchbarkeit der verwendeten Instrumente und Objektivierung der Konstrukte*: Verständlichkeit, Akzeptanz der Instrumente. Im Verlauf der Pilotstudie soll die Objektivierung gewisser Konstrukte geplant und deren Messung teilweise bereits überprüft werden können (Bsp. Integration, kognitive Leistungsfähigkeit).
- *Zugang zu Krankenkassendaten*: Klärung der Verfügbarkeit von Daten und der Datenqualität der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden (auch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung) bei Krankenkassen; Bereitschaft der Krankenkassen für Zugriff auf relevante Daten; Massnahmen Datenschutz bei Krankenkassen; Prüfung der Möglichkeit, dass durch die Einwilligung der Teilnehmenden zur Einsicht in die individuellen Daten, diese nicht anonymisiert werden müssen; Prüfung Aufwand der Übermittlung und Übertragung dieser Daten in die Studie

-

3.2 Zeitaufwand

Zeitaufwand für Kontaktierung, Interviews, Reisen, Auswertungen und Dolmetscher/innen können in Erfahrung gebracht werden.

3.3 Richtlinien Personeller Aufwand / vertretene Disziplinen

Anzahl benötigter fixer Stellenprozente, Aufwand für leitende Personen und Dolmetscher/innen werden besser ersichtlich. Zudem wird deutlich, welche Experten möglicherweise zusätzlich zu den bisher geplanten beigezogen werden müssen.

3.4 Erste Resultate: Tendenzen zu Zusammenhängen / Optimierung der Variablen

Aus diesen ersten Resultaten werden möglicherweise Zusammenhänge ersichtlich, die in die Planung der Hauptstudie mit einfließen können. Hypothesen der prospektiven Studie könnten dadurch präziser formuliert werden.

3.5 Kostenabschätzung

Anhand der Pilotstudie werden die Kosten für einen Erhebungszeitpunkt bezüglich der meisten Ausgaben ersichtlich. Dies ermöglicht eine fundierte Einschätzung der Gesamtkosten für die Langzeitstudie.

Neben oben geschilderten Punkten war das Ziel der Pilotstudie, eine a priori Überprüfung der praktischen politischen Relevanz einer breit angelegten Studie zur Gesundheit von Asylsuchenden zu ermöglichen.

4. Methoden

Die Pilotstudie wurde an 2 Stichproben von Asylsuchenden durchgeführt: einer Gruppe von neu eingereisten Asylsuchenden, die sich in der 1. Phase¹ des Asylverfahrens befinden und einer zweiten Gruppe von Asylsuchenden, die sich seit einem Jahr in der Schweiz aufhalten und sich in der 2. Phase² des Asylverfahrens befinden.

Diese beiden Stichproben wurden gewählt, um einerseits die unterschiedlichen organisatorischen Abläufe auf Kantons- und Gemeindeebene zu überprüfen, andererseits, um erste Resultate zu möglichen Unterschieden der Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in den verschiedenen Phasen des Verfahrens zu erlangen.

Schwerpunkt der Erhebung in beiden Stichproben stellte die aktuelle psychische Gesundheit dar. Die psychische Gesundheit wurde sowohl in einem etablierten strukturierten klinischen Interview (Mini International Neuropsychiatric Interview MINI; Sheehan et al., 1998) wie auch als Selbstbeurteilung mittels Fragebogen erhoben. Eine genaue Darstellung der verwendeten Instrumente und Cut-Off Werte für klinische Signifikanz sind im Anhang in Tabelle A1 dargestellt. Zusätzlich wurden wichtige soziodemographische Variablen und Daten zu vergangenen Lebensereignissen erhoben sowie Messungen der kognitiven Leistungsfähigkeit vorgenommen. Interviews wurden im Einzelsetting unter Mithilfe professioneller und erfahrener ÜbersetzerInnen durchgeführt. Ein Teil der psychometrischen Instrumente wurde den Teilnehmenden in Fragebogenform mittels eines computerbasierten

¹ Die behördliche Zuständigkeit liegt in der 1. Phase nach dem Empfang beim Kanton. Der Bund beteiligt sich während der Dauer des Asylverfahrens mit einer pauschalen Finanzierung der Kantone (Art. 88, und 91 AsylG.)

² Die behördliche Zuständigkeit in der 2. Phase liegt bei der Gemeinde, welcher der Asylsuchende zugeteilt wurde.

Erhebungsinstrumentes (MultiCASI, Knaevelsrud & Müller 2007) vorgelegt. Fragen konnten so unabhängig von Interviewperson und ÜbersetzerIn beantwortet werden. Das System MultiCASI ist auch für analphabetische Teilnehmer benutzbar. Die Instrumente sind in diesem System aktuell in 12 Sprachen verfügbar (Albanisch, Arabisch, Farsi, Deutsch, Englisch, Französisch, Bosnisch-kroatisch-serbisch, Kurmanci, Sorani, Spanisch, Russisch, Türkisch), grundsätzlich können aber beliebig viele weitere Sprachen hinzugefügt werden. Es war vorgesehen, für die Pilotstudie nur Personen zu rekrutieren, deren Muttersprache eine der genannten war. Aufgrund des hohen Anteils an neu eingereisten tamilischen und eritreischen Asylsuchenden zum Zeitpunkt der Befragung wurden diese im Verlauf der Studie zusätzlich miteinbezogen. Für Personen dieser Kulturkreise wurden die Fragebogen vor Ort durch die Dolmetscher übersetzt.

Bei beiden Stichproben werden zusätzlich zur Erfassung der aktuellen psychischen Gesundheit absolute Zahlen zum Konsum von medizinischen Leistungen im vergangenen Jahr durch die Krankenkasse zugänglich gemacht. Im Kanton Zürich sind alle Asylsuchenden durch die Krankenkasse Helsana nach dem Modell der Health Maintenance Organisation (HMO) kollektiv-versichert. Ziel dieser Dateneinsicht war, Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Ausmass sowie Art medizinischer Konsultationen und damit auch entstehender Kosten zu untersuchen. Parallel sollte im Rahmen der Pilotstudie abgeklärt werden, ob das Hinzuziehen einer Einschätzung der für die Teilnehmenden zuständigen Hausärzte möglich ist.

Zusätzlich zur Studieninformation und Einverständniserklärung erhielten alle Teilnehmenden eine schriftliche Schweigepflichtserklärung von Interviewerin und ÜbersetzerIn. Jeder Teilnehmer erhielt für die circa drei Stunden dauernde Untersuchung eine Teilnahmeentschädigung von CHF 50,-. Alle Teile der geplanten Studie wurden der kantonalen Ethikkommission zur Überprüfung vorgelegt und durch sie bewilligt.

5. Erfahrungen und erste Resultate

Im Hinblick auf die Durchführbarkeit einer prospektiven Studie wurden die unter Punkt 3 beschriebenen Ziele überprüft. Die durch die Pilotstudie gewonnenen Erfahrungen und Einschätzungen werden untenstehend mit Bezug zu den a priori formulierten und eingangs beschriebenen Unterzielen erläutert.

5.1 Organisatorische und logistische Machbarkeit

Die Namen und Herkunft sowie der aktuelle Aufenthaltsort potentieller Studienteilnehmer wurde der Studienleitung vom Bundesamt für Migration (BfM) zur Verfügung gestellt. Dazu wurden in regelmässigen Abständen Zufallslisten der die Einschlusskriterien erfüllenden Personen durch das BfM an die Studienleitung übermittelt. Ein Datenschutzvertrag zwischen beiden Parteien legt fest, wie mit den gelieferten Daten zu verfahren ist (analog zum Vorgehen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung GMM, Eckert et al. 2004). Die Datenübermittlungen erfolgten zwischen Mai 2008 und Februar 2009.

Stichprobe 1: Sämtliche Teilnehmende der Stichprobe neu eingereister Asylsuchender befanden sich in Phase 1 des Asylverfahrens und waren zum Zeitpunkt der Erhebungen in den Durchgangszentren des Kantons Zürich untergebracht. Nach Absprache mit der Asylorganisation Zürich (AOZ) und ORS Service AG (ORS) wurde festgelegt, dass die Asylsuchenden in ihren Zentren durch die jeweilige Zentrumsleitung auf die Studie angesprochen würden. Erhebungstermine unserer Interviewer mit den Teilnehmenden wurden ebenfalls über die Zentrumsleitung vereinbart. Die Durchgangszentren stellten uns ihre Räumlichkeiten für die Erhebungen zur Verfügung und sorgten für Anwesenheit der Teilnehmenden zum Befragungstermin. Durch das grosszügige Engagement der beiden Betreuungsorganisationen und deren Mitarbeiter in den Zentren war der Aufwand für die Rekrutierung bei dieser Stichprobe relativ gering (siehe Tabelle 5.2).

Stichprobe 2: Asylsuchende der zweiten Stichprobe befanden sich in Phase 2 des Asylverfahrens und wohnten zum Zeitpunkt der Erhebung in Heimen oder Wohnungen in den Gemeinden, denen sie zugeteilt worden waren. Es war vorgesehen, dass die ÜbersetzerInnen in der Muttersprache der Asylsuchenden telefonisch mit diesen Kontakt aufnehmen. Da das Bundesamt für Migration nicht über die Telefonnummern von Asylsuchenden verfügt und das Kantonale Migrationsamt nur in Ausnahmefällen, nahmen wir Kontakt mit den jeweiligen Wohngemeinden der Asylsuchenden auf. Von 33 Asylkoordinatoren auf Gemeindeebene stellten uns 24 die Telefonnummern der betreffenden Asylsuchenden nach Absprache mit diesen zu. Hierzu gehören alle Gemeinden unter dem Mandat der AOZ und ORS, wo eine Vermittlung der Telefonnummern bei Einwilligung der Asylsuchenden problemlos verlief (ausgenommen Zustellkreis Zürich, wo kein regelmässiger Kontakt zwischen Betreuung und Asylsuchenden besteht). Die zuständigen Mitarbeiter von 5 weiteren Gemeinden erklärten sich dazu bereit, die Asylsuchenden aufzufordern, uns zu kontaktieren. 4 weitere Gemeinden gaben an, nicht über Telefonnummern der bei ihnen wohnhaften Asylsuchenden zu verfügen und keinen regelmässigen Kontakt zu ihnen zu haben. Insbesondere in Fällen von Sozialhilfeunabhängigkeit verfügten die meisten Gemeinden nicht über die Telefonnummern der betreffenden Asylsuchenden. In den insgesamt 35 Fällen, in denen keine Telefonnummer der potentiellen TeilnehmerInnen ausfindig gemacht werden konnte, wurden die Asylsuchenden in ihrer Muttersprache von uns angeschrieben. In dem Anschreiben wurden die Angeschriebenen gebeten, telefonisch mit uns Kontakt aufzunehmen, wenn sie Interesse an der Studienteilnahme hatten, in einem Informationsblatt in der Muttersprache? Wurde die Studie und ihre Ziele detailliert erklärt. Die Teilnehmenden konnten sich für den Befragungsort entscheiden. Die meisten Erhebungen dieser Stichprobe fanden demzufolge am Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer (AFK) statt. Dabei wurden den Teilnehmenden zusätzlich zur Teilnahmeentschädigung die Reisekosten zurückerstattet. Nur in drei Fällen wünschten Teilnehmende eine Befragung bei sich zuhause.

Trotz der Kooperationsbereitschaft der zuständigen Asylkoordinatoren erwies sich die Rekrutierung der 2. Stichprobe mit durchschnittlich über 1.5 Stunden Aufwand pro Asylsuchendem als unerwartet zeitintensiv. Die Zuständigkeiten der einzelnen Gemeinden mussten in Erfahrung gebracht und mit den zuständigen Asylkoordinatoren individuelle Lösungen für die Kontaktaufnahme mit den Asylsuchenden abgesprochen werden. Eine zeitliche Verzögerung der Rekrutierung entstand zusätzlich durch die Rückfrage der Asylkoordinatoren bei den Asylsuchenden bezüglich der Weitergabe ihrer Telefonnummern. Die Verzögerungen dauerten wegen der teilweise unregelmässigen Kontakte zwischen Betreuer und Asylsuchenden bis zu 3 Wochen.

Im Hinblick auf die geplante Hauptstudie ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Situation, wie wir sie bei der zweiten Stichprobe angetroffen haben in dieser Form nicht auftreten wird. Die erste Befragung wird ja – wie bei der Stichprobe 1- kurz nach deren Einreise, also im Durchgangszentrum stattfinden. Dabei wird es möglich sein, Kontaktdaten im Hinblick auf die zweite Untersuchung 1-2 Jahre später in direkter Absprache mit den Teilnehmenden zu registrieren und das schriftliche Einverständnis zu erfragen, dass wir für die zweite Erhebungswelle persönlich mit Ihnen Kontakt aufnehmen dürfen. Dies wird die Kontaktaufnahme bei den später folgenden Befragungswellen erleichtern, auch wenn wir aufgrund von Umzügen von den Durchgangszentren in neue Gemeinden/Wohnungen in einem Teil der Fälle weiterhin auf die Kooperation der Gemeinden angewiesen sein werden.

Compliance/Kooperation/Verweigerung:

Stichprobe 1: Für die erste Stichprobe wurden N = 58 Asylsuchende angefragt und N = 43 davon nahmen teil (Teilnahmerate von 74%). N = 15 verweigerten also die Teilnahme, N = 13 davon bereits bei der Anfrage durch das Durchgangszentrum. Der am häufigsten genannte Grund für eine Verweigerung war Desinteresse an der Studie (10 Personen). Zwei Personen nannten Zweifel an der Anonymität der Untersuchung, zwei weitere gaben starke körperliche/psychische Belastung als Verweigerungsursache an. Nur in einem der Verweigerungsfälle kam es nach einer anfänglichen Teilnahmebereitschaft und bereits im Beisein von Interviewerin und Dolmetscher zum Entschluss gegen eine Teilnahme. Ein Asylsuchender war zum vereinbarten Termin nicht auffindbar und war seitdem nicht mehr für uns erreichbar. Keiner der Teilnehmenden brach während der Erhebungen durch uns die Studienteilnahme ab oder zog zu einem späteren Zeitpunkt sein Einverständnis zur Datenverwertung zurück.

Stichprobe 2: N = 70 Asylsuchende wurden für die Erhebung der zweiten. Stichprobe angefragt. 35 davon wurden brieflich kontaktiert, 31 telefonisch. Vier Asylsuchende verweigerten bei Anfrage durch die zuständigen Asylkoordinatoren ihr Einverständnis für die Vermittlung ihrer Telefonnummer.

Von den 43 Teilnehmenden (Teilnahmequote von 61%) hatten sich 17 auf den Brief gemeldet (49% Teilnahme auf briefliche Anfrage); N = 26 wurden von uns telefonisch angefragt (74% Teilnahme auf telefonische Anfrage). Eine Person erschien nicht zum vereinbarten Termin und war danach nicht mehr erreichbar. Auch in dieser Gruppe brach niemand die Erhebungen ab oder zog zu einem späteren Zeitpunkt sein Einverständnis zurück.

Überprüfung der Brauchbarkeit der verwendeten Instrumente und Objektivierung der Konstrukte:

Die dolmetschergestützte psychiatrische Untersuchung umfasste Fragen zum prä migratorischen Hintergrund und zur aktuellen Situation des Teilnehmenden sowie das klinische Interview. Die Dauer dieses ersten Teils lag im Schnitt bei 109 Minuten und wies zeitlich grosse Schwankungen auf (zwischen 50 und 150 Minuten). Die Verständlichkeit der Fragen im Gespräch für die Teilnehmenden variierte nach deren Herkunft und Bildungshintergrund. Fragen konnten jedoch durch die Anwesenheit von Dolmetschern bei Bedarf präzisiert und immer vollständig beantwortet werden.

Der zweite Teil der Erhebungen umfasste das selbstständige Ausfüllen von Fragebogen, wahlweise mithilfe von MultiCASl oder auf Papier, sowie die Messung der kognitiven Leistungen (Beschreibung Messinstrumente siehe Anhang Tabelle A1). Die Fragebogen mussten in 23 Fällen (27%) aufgrund von Unverständlichkeit dolmetschergestützt ausgefüllt werden. Der darauffolgende Matrizentest zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit wurde in 14 Fällen frühzeitig abgebrochen (16%), 30 Teilnehmende (35%) verweigerten den Test aufgrund von Erschöpfung durch die vorhergehende zeitliche und emotionale Beanspruchung im Gespräch.

Von den bisher 24 verschickten Fragebögen an die zuständigen Hausärzte der Teilnehmer der zweiten Stichprobe wurden bis Anfang Juni 2009 N = 18 ausgefüllt zurückgesandt (Rücklaufquote von 75%). Es handelt sich bei diesem kurzen Fragebogen um Angaben zur Häufigkeit der Konsultationen, zur Hauptbehandlungsart, Medikamentenverschreibung und allfälliger ärztlicher Überweisung, sowie einer globalen Einschätzung der psychischen und physischen Gesundheit.

Zugang zu Krankenkassendaten:

Es wurde im Rahmen von Vorgesprächen mit den verantwortlichen Ansprechpartnern der Helsana als zuständige Krankenkasse für Asylsuchende im Kanton Zürich geklärt, dass der Studienleitung sämtliche verfügbare Daten der Teilnehmenden zur Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden. Teilnehmende wurden schriftlich und mündlich um ihre Einwilligung zur Dateneinsicht angefragt. 82 der 86 Teilnehmer erklärten sich mit dieser Datenübermittlung einverstanden (96%). In Absprache mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) wurden die sehr detailliert vorliegenden Daten auf Leistungen und Kosten kondensiert, die für die Studie relevant sind.

5.2 Zeitaufwand

Anhand der 86 durchgeführten Erhebungen wurde der Zeitaufwand pro Interview ermittelt. Da sich der Ablauf der Erhebungen der ersten Stichprobe von der zweiten unterscheidet, und diese Unterschiede auch in einer prospektiven Untersuchung zum Tragen kommen, werden in Tabelle 5.1 die Zeitberechnungen einzeln für die beiden Stichproben aufgeführt.

Der Zeitaufwand für die Erhebung der ersten Stichprobe liegt bei über 6 Stunden pro Teilnehmer im Schnitt deutlich höher als für die zweite Stichprobe. Dies ist hauptsächlich auf die Reisezeit zu und von den Durchgangszentren zurückzuführen: 5 der 6 besuchten Zentren liegen in einer Stunde Entfernung vom UniversitätsSpital Zürich. Der Zeitaufwand für die eigentliche Befragung verringerte sich jedoch auch im Verlauf der Erhebungsphase; die mittlere Dauer der Interviews sank im Schnitt um über 30 Minuten. Dies führen wir zurück auf eine Optimierung der Abläufe mit zunehmender Erfahrung.

Tabelle 5.1
durchschnittliche benötigte Zeit pro Teilnehmer,
in Minuten

POSTEN	STP 1	STP 2
Elemente der Befragung		
Interview	135	82
Fragebogen	55	45
Matrizen-Test	38	47
Befragung Total	228	174
Rekrutierung	15	70
Reise	120	10
Dateneingabe	30	30
Total	6.5 Stunden	4.7 Stunden

Für eine prospektive Studie erwarten wir einen deutlich geringeren Zeitaufwand der Folgeuntersuchungen im Vergleich zur Ersterhebung. Die Erhebung der zweiten Stichprobe entspricht zwar dem Ablauf für die Folgeuntersuchungen, allerdings nahm der Zeitaufwand durch die aufwändige Rekrutierung erheblich zu. Durch den bereits etablierten Kontakt mit den Teilnehmern bei der Ersterhebung erwarten wir einen viel geringeren Rekrutierungsaufwand.

5.3 Richtlinien Personeller Aufwand / vertretene Disziplinen

Gerechnet mit 6 Stunden Zeitaufwand pro Teilnehmer inkl. Rekrutierung und Dateneingabe, ist von einem personellen Aufwand von 6 Stunden für die Assessorin und 4-5 Stunden - je nachdem, ob die Fragebogen selbstständig ausgefüllt werden können oder nicht - für die ÜbersetzerIn auszugehen. Es entsteht pro Teilnehmer ein personeller Aufwand von 10 bis 11 Stunden, ohne Studienkoordination und -leitung miteinzubeziehen.

Die Kooperation mit den bisher beteiligten Experten aus verschiedenen Disziplinen (Wirtschaft, Sozial- und Präventivmedizin, Psychiatrie, Psychologie) erachten wir als konstruktiv. Der Einbezug weiterer Experten erscheint uns insbesondere im Bereich der Integrationsmessung als sinnvoll; Möglichkeiten diesbezüglich sollen diskutiert werden.

5.4 Erste Resultate: Tendenzen zu Zusammenhängen / Optimierung der Variablen

Die Pilotstudie wurde an zwei Gruppen von Asylsuchenden im Kanton Zürich durchgeführt: Einer Stichprobe von 43 neu immigrierten Asylsuchenden (Aufenthaltsdauer in der Schweiz: 1 bis 5 Monate) sowie einer Stichprobe von 43 Personen, die sich zum Befragungszeitpunkt zwischen 12 und 26 Monaten in der Schweiz befanden (unabhängig von deren aktuellem Aufenthaltsstatus). Teilnehmende waren Erwachsene (>18 Jahre) beiden Geschlechts, die vom BfM ins Asylverfahren aufgenommen und

dem Kanton Zürich zugeteilt wurden (d.h. Personen mit einem Nichteintretensentscheid (NEE) wurden ausgeschlossen). Mitglieder derselben Familie durften als Einzelpersonen in die Studie aufgenommen werden, soweit sie die erwähnten Kriterien erfüllten. Tabelle 5.3 zeigt die Zusammensetzung der Stichproben.

Tabelle 5.3
Beschreibung der Stichproben

		STP 1 N = 43	STP 2 N = 43	Gruppenuntersch. $\chi^2 / F(df)$
Geschlecht				
m	N(%)	31 (72.1)	29 (67.4)	0.2 (1) ns
w	N(%)	12 (27.9)	14 (32.6)	
Alter (in Jahren)	M(\pm SD)	26.7 (\pm 7.2)	32.9 (\pm 9.6)	41 (78.1)***
Zivilstand				
ledig	N(%)	26 (60.5)	22 (51.2)	0.8 (1) ns
verheiratet	N(%)	17 (39.5)	21 (48.8)	
Schulbildung	M(\pm SD)	10.16 (\pm 4.5)	9.5 (\pm 4.9)	0.5 (83) ns
Aufenthaltsdauer in CH	M(\pm SD)	2.86 (\pm 1.1)	15.5 (\pm 3.2)	16.2 (84) ***
Aufenthaltsstatus				
N	N(%)	43 (100%)	34 (79.1)	10.1 (2) **
F humanitär	N(%)	-	4 (9.3)	
B	N(%)	-	5 (11.6)	
Herkunft				
Asien	N(%)	19 (44.2)	32 (74.4)	8.1 (1) **
Afrika	N(%)	13 (30.2)	5 (11.6)	4.5 (1) *
Europa	N(%)	11 (25.6)	6 (14.0)	1.8 (1) ns
Arbeitstätigkeit	N(%)	-	8 (18.6)	8.8 (1) **

Anmerkungen: * p<.05; **p<.01; ***p<.001

Während Geschlecht, Zivilstand und Schulbildung bei beiden Gruppen ähnlich sind, unterscheiden sie sich bezüglich Alter und Herkunft. In der zweiten Stichprobe stammt ein grosser Teil der Stichprobe aus Asien, während die Verteilung in der ersten Stichprobe heterogener ist. Gemäss geographischer Definition umfasst Asien jedoch auch die orientalischen Länder (Westasien) und bildet somit ein sehr grosses Gebiet ab. Detaillierte Angaben zu den Herkunftsländern sind im Anhang (Tabelle A2 und A3) aufgeführt. Bedingt durch das Selektionskriterium der Aufenthaltsdauer unterschieden sich die Gruppen im Aufenthaltsstatus: Während sämtliche Asylsuchenden der ersten Stichprobe im Asylstatus (N-Ausweis) sind, gibt es in der 2. Stichprobe bereits solche mit F oder B-Ausweisen.

Psychische Gesundheit:

Tabelle 5.4 und Abbildung 5.1 stellen erste Resultate zur psychiatrischen Diagnostik dar. Es handelt sich hierbei um Ergebnisse aus den klinischen Interviews; Diagnosen wurden durch die Interviewerin aufgrund der Aussagen der Teilnehmenden gestellt. Das Ausmass an psychischen Störungen in diesen zwei Gruppen von Asylsuchenden ist im Vergleich zum Anteil in westlichen Ländern wie der Schweiz überdurchschnittlich hoch. Fast die Hälfte (43%) der befragten Asylsuchenden leiden gemäss diesem Interview an mindestens einer psychischen Störung. Viele von ihnen erfüllen die Kriterien für zwei oder mehr Störungen (32%). Tabelle 5.5 stellt die Anzahl Mehrfachdiagnosen für die Gesamtstichprobe dar.

Besonders hoch ist der Anteil an Depression: ein Drittel der Teilnehmenden wurde als klinisch auffällig diagnostiziert; dabei unterscheiden sich Asylsuchende der ersten und zweiten Phase nicht voneinander ($\chi^2 = 0.5$; $df=1$ $p= 0.5$). Die Rate Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist ebenfalls überdurchschnittlich hoch. In der zweiten Stichprobe tritt diese Störung häufiger auf ($\chi^2 = 4.1$; $df=1$ $p < 0.05$) als in der ersten Stichprobe. Obwohl mit diesen Resultaten noch keine Aussagen zum Verlauf über die Zeit gemacht werden können, ist es auffällig, dass bei so vielen Asylsuchenden die posttraumatischen Symptome auch nach über einem Jahr in der Schweiz hoch ausgeprägt sind.

Tabelle 5.4
Mehrfachdiagnosen

Diagnose (MINI)	N (%)
Mind. eine Diagnose	32 (41)
Genau eine Diagnose	8 (10)
2 Diagnosen	16 (21)
3 oder mehr Diagnosen	8 (10)
z.B. PTSD & andere	17 (22)
MD & andere	20 (26)
MD & PTSD & andere	7 (9)

Tabelle 5.5
Psychiatrische Diagnosen

Diagnose (MINI)	N (%)	STP 1	STP 2	Gruppenunterschiede χ^2 (df)
PTSD		6 (14.0)	14 (32.6)	4.2 (1) *
Major Depression		15 (34.9)	12 (27.5)	0.5 (1) ns
Schmerzstörung		3 (7.0)	7 (16.3)	2.9 (2) ns
Angststörung		6 (13.9)	2 (4.7)	1.4 (1) ns
Alkoholmissbrauch		3 (7.0)	1 (2.3)	1.0 (1) ns

Anmerkung: * $p < .05$

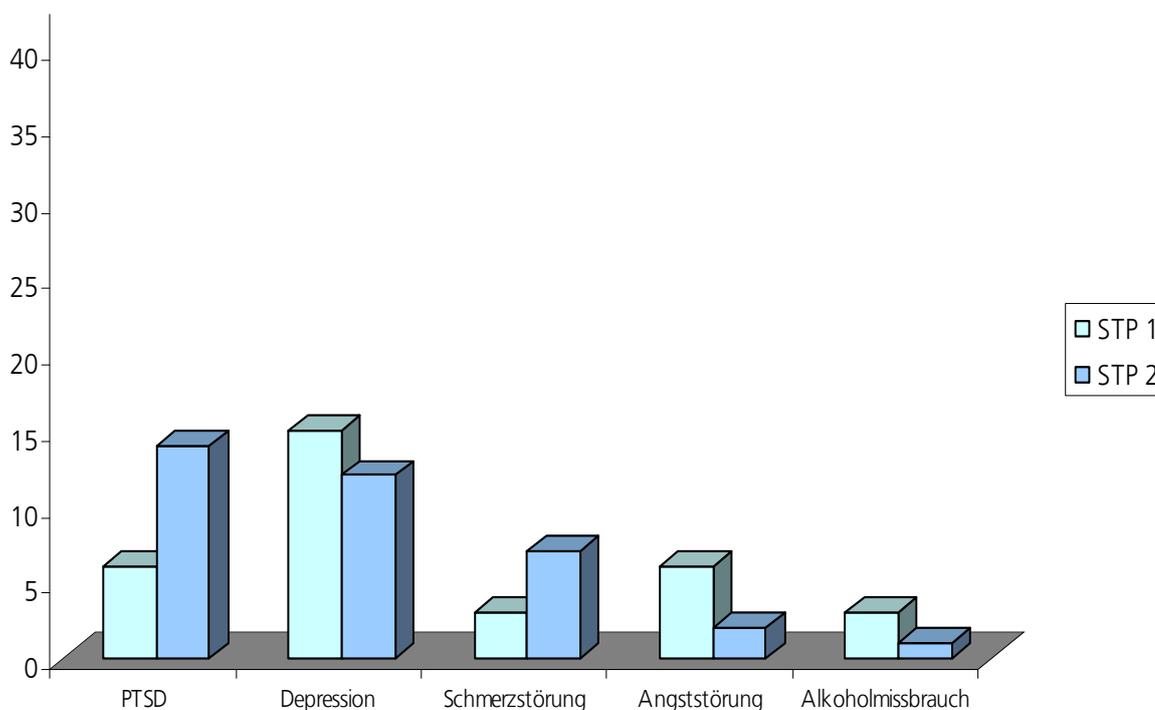
In den eingesetzten Selbstbeurteilungs-Fragebögen wird von den Befragten eine noch höhere psychische Belastung angegeben. Die Hälfte der neu eingereisten Asylsuchenden (STP1; 50%) und mehr als zwei Drittel der zweiten Stichprobe (STP 2; 74%) berichten über Symptome von Depressivität, die ein klinisches Ausmass annehmen. Die Rate an depressiven Symptomen liegt dabei bei Stichprobe 2 deutlich höher ($\chi^2 = 6.4$; $df=1$ $p < 0.05$). Beide Gruppen berichten über klinisch auffällige Angstwerte (STP1 44%; STP2 51%) und PTSD-Symptome (STP1 49%; STP 244%). Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich PTSD und Angst.

Aufgrund bestehender wissenschaftlicher Befunde ist von einem leichten Over-Reporting in Selbstbeurteilungsinstrumenten wie Fragebögen auszugehen (Kirkaldy et al., 2008; Turner, 2003)). Andererseits ist das eingesetzte Interview zwar breit in der Abdeckung von verschiedenen Diagnosen,

jedoch dadurch weniger spezifisch im Vergleich zu störungsfokussierten Interviews; dadurch kann die Diskrepanz zwischen den Interview- und Fragebogenresultaten zusätzlich durch eine möglicherweise reduzierte Sensitivität des eingesetzten Interviews erklärt werden.

Erste Ergebnisse zu Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit zeigen, dass ein Grossteil der Unterschiede in der psychischen Gesundheit der befragten Asylsuchenden nicht erklärt werden kann. Eine Überarbeitung der Operationalisierung gewisser Variablen wird als notwendig erachtet, insbesondere hinsichtlich der Messung von Integration und postmigratorischen Schwierigkeiten sowie kognitiver Leistungen.

Abbildung 5.1
Psychiatrische Diagnosen: Anzahl Asylsuchende
mit entsprechenden Diagnosen



Krankenkassendaten/Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens:

Von 78 Teilnehmern (91% der Teilnehmenden) konnten die vollständigen Daten der in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen von der Helsana erhalten werden. Da diese Daten erst nach der Durchführung der Interviews abgerufen wurden, kann auch bei den Teilnehmenden der ersten Stichprobe ein Zeitraum von minimal acht bis maximal 14 Monaten abgebildet werden. Dies lässt die Normierung der Zahlen auf die Basis von 12 Monaten zu, die auch für die Resultate der zweiten Stichprobe vorgenommen wurde. Die folgenden Auswertungen beziehen sich also auf Teilnehmende aus beiden Stichproben und sind jeweils linear auf einen 12-Monatszeitraum hoch- bzw. heruntergerechnet.

Die durchschnittlichen Kosten der pro Jahr in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen liegen bei CHF 2445.-³ pro Teilnehmer. Zum Vergleich: Die durchschnittlichen Kosten der pro Jahr in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen des alters- und geschlechtsgematchten Kollektivs der Allgemeinbevölkerung liegen bei CHF 1367.- (Quelle: Santéuisse, 2008). Es zeigt sich ein Anstieg der jährlichen Kosten für Asylsuchende mit einer im Rahmen der Studie gestellten psychiatrischen Diagnose (vgl. Tabelle 5.6). Die Kosten sind zusätzlich erhöht bei Vorliegen von mehr als einer psychischen Störung.

Tabelle 5.6
Durchschnittliche Gesundheitskosten pro Jahr für die Teilnehmenden,
bezogen auf ihre Diagnose und die Anzahl von Diagnosen

	Durchschnittliche jährliche Gesundheitskosten
Gesamte Gruppe (n = 78)	CHF 2445 (100%)
Major Depression (n = 26)	CHF 3220 (+31%)
PTSD (n = 19)	CHF 3148 (+28%)
Irgendeine Diagnose (n = 32)	CHF 2888 (+18%)
Zwei oder mehr Diagnosen (n = 24)	CHF 3005 (+23%)
Keine Diagnose (n = 46)	CHF 2136 (-13%)
<i>Allgemeinbevölkerung (alters- und geschlechterkorrigiert)</i>	<i>CHF 1367</i>

Jährlich nehmen die Befragten 9.8 Arztkonsultationen in Anspruch. Tabelle 5.7 zeigt die gemittelte Anzahl Konsultationen für Asylsuchende mit und ohne psychiatrische Diagnose. Je nach Art und Anzahl der Diagnosen wurde in diesen 12 Monaten ein bis zweimal häufiger ein Arzt aufgesucht.

Obwohl bei 41% manifeste psychische Störungen vorliegen, erfolgten nur in 26% der Gesamtstichprobe psychiatrische Behandlungen: 20 Teilnehmer erhielten entweder eine Psychotherapie, eine Psychopharmakotherapie oder beides. Die durchschnittlichen jährlichen Kosten für psychiatrische Behandlungen liegen bei CHF 353.- für die Gesamtstichprobe (N = 78) und bei CHF 1378.- durchschnittlich für erwähnte 20 Asylsuchende, welche Behandlung erhielten.

Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der im Rahmen der Studie diagnostizierten Psychopathologie und den Kosten für psychiatrische Behandlungen; nur 11 der 20 Teilnehmer, die psychiatrische Behandlung erhielten, haben eine MINI-Diagnose und 21 Teilnehmer, die eine MINI-Diagnose haben, erhielten keine psychiatrische Behandlung (Depression $r=.07$ ns; PTSD $r=-.06$ ns; Alkoholismus $r=-.06$ ns; Schmerzstörung $r=-.07$ ns).

³ Leistungen im Zusammenhang mit Mutterschaft abgezogen.

Tabelle 5.7
Anzahl jährlicher Arztkonsultationen nach psychiatrischen Diagnosen

	Anzahl durchschnittlicher Konsultationen
Gesamtgruppe (N = 78)	9,8
Major Depression (n = 26)	12.0
PTSD (n = 19)	11.0
Irgendeine Diagnose (n = 32)	10,9
Zwei oder mehr Diagnosen (n = 24)	10,8
Keine Diagnosen (n = 46)	9.0

Diese Resultate deuten darauf hin, dass Asylsuchende deutlich höhere Gesundheitskosten verursachen als die Durchschnittsbevölkerung. Darüber hinaus scheinen jedoch Asylsuchende mit psychischen Beschwerden unterversorgt zu sein, bzw. erhalten einige spezifische Behandlung, die aber nicht mit dem Ausmass der vorhandenen Psychopathologie korreliert (Fehlversorgung).

Einschätzung der Hausärzte:

Aus einer Untergruppe der zweiten Stichprobe (N = 19) wurde die klinische Einschätzung der zuständigen Hausärzte mittels postal versandtem Fragebogen erbeten. Es ging dabei vor allem um eine a priori Abklärung der Kooperation der Hausärzte. 16 Fragebogen (84%) wurden retourniert; ein Beizug der Einschätzung durch die Hausärzte als zusätzliche Datenquelle wird somit als sinnvoll erachtet.

Neun Ärzte (56%) gaben an, die psychische Beeinträchtigung ihrer Patienten nicht beurteilen zu können. Vier Asylsuchende wurden als leicht bis deutlich psychisch krank eingestuft, von diesen wurde in einem Fall Psychopharmaka verschrieben. Die Einschätzung der psychischen Gesundheit der Hausärzte stand weder in Zusammenhang mit der Einschätzung der Studieninterviewerinnen noch mit den berichteten psychischen Beschwerden (CGI $r=.49$ ns; PTSD $r=.47$ ns; Depressivität $r=.31$ ns; Angst $r=.22$ ns). Ein schwacher Zusammenhang wurde gefunden zwischen dem durch die Asylsuchenden berichteten Ausmass an Schmerzen und die ärztliche Einschätzung der psychischen Beeinträchtigung ($r=.58$, $p<0.05$).

Kognitive Leistungen:

Wie unter 5.1 erwähnt, liegen von lediglich 44 Teilnehmenden (51%) Resultate zu kognitiver Leistungsfähigkeit vor. Unter Beizug von Normen aus westlichen Ländern für 20 bis 65-Jährige (Raven et al., 1996) ergaben sich folgende Resultate: 13 Personen (30%) erreichten ein unterdurchschnittliches, 15 (34%) ein durchschnittliches, und 16 ein überdurchschnittliches Resultat (36%). Gemäss diesen Verfahrens sind unterdurchschnittliche sowie überdurchschnittliche Leistungen

häufiger in dieser Stichprobe als in der Normpopulation. Es zeigten sich weder Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit noch mit der Lebensqualität.

Zuverlässige Schlüsse können aus diesen Daten nicht gewonnen werden; einerseits aufgrund der hohen Rate an Verweigerung und frühzeitigem Abbruch, andererseits in Anbetracht der kulturellen Unterschiede in kognitiver Leistungsfähigkeit. Obwohl das angewendete Verfahren sprachfrei ist, unterscheiden sich die Normen von Entwicklungs- und Schwellenländern von den westlichen (Lynn & Vanhanen, 2006). Für genauere Angaben müssten die Normen der Herkunft von jedem Teilnehmer angewendet werden, was bisher aufgrund eingeschränkter Aussagekraft der kleinen Substichprobe nicht gemacht wurde.

5.2 Kostenabschätzung

Tabelle 5.8 stellt die durchschnittlichen Kosten für ein Interview im Rahmen der Pilotstudie dar. Fließen Kosten für Studienleitung und Koordination sowie eine mögliche Erhöhung der Teilnahmeentschädigung für die Followup-Untersuchungen in die Berechnungen ein, schätzen wir die Kosten für ein Interview in der Hauptstudie auf ca. 600,- CHF ein. In Anbetracht der Höhe der entstehenden Gesamtkosten für die prospektive Studie erachten wir es als sinnvoll, eine Reduktion der Messzeitpunkte (3 statt 4) oder eine Reduktion der Stichprobengrösse zu diskutieren.

Tabelle 5.8
Kosten pro Interview (Pilotstudie)

KOSTENPUNKT	ANSATZ (CHF)	DAUER (Stunden)	KOSTEN (CHF)
Honorar ÜbersetzerIn (CHF/h)	85	1.8	154
Spesen ÜbersetzerIn	20		20
Honorar AssessorIn (CHF/h)	40	6	240
Reisekosten AS	7		7
Aufwandsentschädigung	50		50
TOTAL pro Interview			471

6. Diskussion

Die vorliegenden Erfahrungen aus der zwischen Mai 2008 und April 2009 durchgeführten Pilotstudie bestätigen insgesamt die Realisierbarkeit einer prospektiven Studie an einer grossen Anzahl von Asylsuchenden. Die Zusammenarbeit mit relevanten Institutionen und Ämtern wird als produktiv und hilfreich eingeschätzt und die Teilnahme der Asylsuchenden als zufriedenstellend. Aufgrund des festgestellten logistischen Aufwands für die Kontaktierung der Probanden, das Aufsuchen der Durchgangszentren und die Kommunikation mit zuständigen Betreuern und Sozialarbeitern (sowie auch das Gutheissen der Studie durch die zuständigen kantonalen Ethikkommission) kommen wir zum Schluss, dass für die Durchführung der Hauptstudie nur dem Kanton Zürich zugeteilte Asylsuchende berücksichtigt werden sollen. Die aktuellen Asylzahlen zeigen, dass eine Stichprobengrösse von $N = 1500$ Probanden auch mit einem einzigen „Asyl-Jahrgang“ aus dem Kanton Zürich erreicht werden kann. Da die Zuteilung in die Kantone zufällig erfolgt und der Kanton Zürich als grösster Kanton über eine sehr heterogene Gemeindepolitik verfügt, sehen wir keine Einschränkung der Aussagekraft der Studie, wenn die prospektive Studie auf diesen Kanton beschränkt wird.

In ihrer aktuellen Zusammenstellung sind die Interviews durchführbar, allerdings müssen in mehreren Punkten Änderungen diskutiert werden, teilweise unter Bezug weiterer Experten. Hinsichtlich der eingesetzten Instrumente könnte es sinnvoll sein, das bisherige Interview zu ergänzen durch ein weiteres störungsspezifisches strukturiertes Interview zu PTSD, das gleichwohl eine Kürzung der Fragebögen ermöglichen würde. Die breite Verweigerung des Matrizentests als letzter Teil der Erhebung legt eine Kürzung der Erhebungsdauer nahe.

Die zeitaufwendige Rekrutierung der zweiten Stichprobe mit einer Dauer von vier Monaten und entsprechender Verzögerung in der Studiendurchführung zeigt, dass eine gewisse Schwierigkeit besteht in der Kontaktierung von Asylsuchenden in der zweiten Phase des Asylverfahrens. Im Hinblick auf die prospektive Studie erachten wir eine Kontaktierung der Teilnehmenden mit Bestätigung von Kontaktdaten zwischen zwei Erhebungszeitpunkten als lohnenswerte Investition.

Der Informationsgehalt der Befunde zur psychischen Gesundheit scheint im ersten Jahr nach der Einreise gegenüber der ersten Erhebung kurz nach der Einreise nicht relevant anzusteigen. Innerhalb eines Jahres hat sich meist an der äusseren und inneren Lebenssituation noch nicht viel verändert, sodass die Befunde sich noch zu wenig von der Erstbefragung unterscheiden. Angesichts der geschätzten anfallenden Kosten von 600,- CHF pro Interview und der daraus abzuschätzenden Gesamtkosten für die Studie (bis 2,5 Mio.) können eine Reduktion der Erhebungszeitpunkte von vier auf drei unter Verzicht auf den ersten Follow-Up nach einem Jahr oder die Verkleinerung der Anfangsstichprobengrösse auf $N = 1000$ in Betracht gezogen werden. Mit solchen Massnahmen könnten die Gesamtkosten für die über 5 Jahre dauernde Studie auf ca. 1,5 Mio. reduziert werden.

Die Relevanz des Studienthemas wird unseres Erachtens durch die vorliegenden ersten Ergebnisse bestätigt. Aufgrund der kleinen und querschnittlich erhobenen Stichprobe können selbstverständlich keine fundierten Schlüsse gezogen werden; die psychische Belastung bei den untersuchten N = 86 Asylsuchenden ist jedoch erschreckend hoch, dies unabhängig von der Aufenthaltsdauer in der Schweiz. Die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens ist insgesamt deutlich überdurchschnittlich, in Bezug auf spezifische – und angesichts der gefundenen häufigen psychischen Problemen dringend nötige – psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen aber ungenügend. Es ergeben sich klare Hinweise für das Vorliegen von Unter- und Fehlversorgung. Diese Resultate entsprechen sowohl bisherigen internationalen Forschungsbefunden als auch unseren Erwartungen. Dies erachten wir als Hinweis für eine hohe Validität sowohl hinsichtlich der Antworten der Teilnehmenden wie auch in Bezug auf die verwendete Methodik.

7. Beteiligte

Dr. med. Thomas **Maier**, Leiter Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich

Dr. phil. Julia **Müller**, Oberassistentin, Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich

Lic. phil. Martina **Schmidt**, Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich

Prof. Dr. med. F. **Gutzwiller**, Direktor Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich

Dr. M. **Bopp**, Leiter Bereich Demografie, Todesursachen, Geography of Health, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich

Prof. Dr. oec. U. **Brügger**, Leiter Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Zürcher Hochschule Winterthur ZHW

Dr. rer. medic., Dipl.-Kfm. H. **Auerbach**, Stellvertretende Leitung Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Zürcher Hochschule Winterthur ZHW

Prof. Dr. med. U. **Schnyder**, Klinikdirektor, Psychiatrische Poliklinik Universitätsspital Zürich

Literatur

Bundesamt für Migration (BFM; 2008). Controlling der Integration von B-Flüchtlingen: Berufliche Integration, Ausbildung, Spracherwerb, Gesundheit, soziale Integration. Schlussbericht und Empfehlungen 2006. Bern, BfM.

Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C., Haro-Abad J.M. et al. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix I). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1 (3)

Cheung, P. (1995). Acculturation and Psychiatric Morbidity among Cambodian Refugees in New Zealand. *International Journal of Social Psychiatry*, 41 (2), 108-119

Eckert, J., Rommel, A., Weilandt, C. (2004) Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM). Bern, Bundesamt für Gesundheit.

Online: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/index.html?lang=de>

Gerritsen, A.A., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L.H., Hovens, J.E., van der Ploeg, H.M. (2006) Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41 (1), 18-26

Heckmann, F., Schnapper, D. (Hrsg, 2003). The integration of immigrants in European societies: national differences and trends of convergence. Stuttgart, Lucius&Lucius.

Kinzie, J.D. (2006) Immigrants and refugees: the psychiatric perspective. *Transcult Psychiatry*, 43, 577-591

Kirkaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R.G (2006) Migration und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz* 9, 873- 883

Knaevelsrud, C., Müller, J. (2007) *Multilingual Computer-Assisted Self-Interview (MultiCASI) system for psychiatric diagnostic of migrants*. (Version 1.0). Heidelberg: Springer.

Laban, C.J., Gernaat, H.B., Komproe, I.H., Schreuders, B.A., De Jong, J.T. (2004). Impact of long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis*, 192(12), 843-851.

Lynn, R. & Vanhanen, T (2006). IQ and global inequality. Atlanta, Georgia: Washington Summit Publishers

Maggi, J., Cattacin, S. (2003) *Needed basic research in "Migration and Health" 2002-2006 in Switzerland*. Study mandated by the Swiss Federal Office of Public Health

Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D.M. & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *MJA*, 185, 357-361

Raven, J.C., Court, J., Raven Jr., J (1996). Standard Progressive Matrices. Oxford, Oxford Press.

Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., Mohan, P. (1998) Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatr Scand*, 97(3), 175-181.

Turner, S., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *British journal of psychiatry*, 182, 444-448.

Von Lersner, U., Rieder, H., Elbert, Th. (2008). Mental health of returnees: refugees in Germany prior to their state-sponsored repatriation. *BMC International Health and Human Rights*, 8 (8)

Watters, C., Ingelby, D. (2003). Introduction to the final report. In Watters, C., Ingelby, D. (eds.). *Final Report on Good Practices in Mental Health and Social Care Provision for Asylum Seekers and Refugees*. Bruxelles: European Refugee Fund, European Commission.

Weinstein H.M., Sarnoff, R.H., Gladstone, E., Lipson, J.G. (2000) Physical and psychological health issues of resettled refugees in the United States. *Journal of Refugee Studies*, 13, 303-327

Anhang

Tabelle A1
Datenerhebung (gemessene Variablen)

Instrumente	Erhebung ^a	Stichprobe ^b	
		1	2
Demographische Variablen			
<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht, Alter, Nationalität, Ethnizität, sozialer und finanzieller Status im Herkunftsland, Migrationsgründe, Religion 	I	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Zivilstand, politischer Status, Anzahl Kinder, aktuelle Wohn- und soziale Situation, Bildungsgrad, aktuelle und bisherige Arbeits- und finanzielle Situation 	I	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS, Foa et al., 1997) Teil 1: erfasst das Vorliegen eines/mehrerer traumatischer Lebensereignisse 	Q	X	X
Psychodiagnostische Messungen			
<ul style="list-style-type: none"> • Mini International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998) ist ein gekürztes psychiatrisches strukturiertes Interview mit einer Durchführungszeit von 15-20 Minuten. Es dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter Achse I Störungen nach den Kriterien des DSM-IV z.B. Affektive Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen etc. Diagnostische Berechnungen decken sich mit denjenigen von DSM-IV und ICD-10. Für die Erhebung somatoformer Störungen wurde die verlängerte Version M.I.N.I Plus miteinbezogen. In diesem Interview wird jede der erwähnten psychischen Störungen erfragt und erfasst, ob die Diagnose zutrifft oder nicht. 	I	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS, Foa et al., 1997) Teil 2 und 3: erfassen den zeitlichen Rahmen einer Traumatisierung sowie das Vorliegen der PTB Symptome Wiedererleben, Vermeidung und eingeschränkte emotionale Reagibilität sowie chronisch erhöhtes Erregungsniveau mit 17 Items entsprechend den Kriterien des DSM-IV. Zur Bestimmung der Symptomstärke wird ein Summenscore (0 bis 51 Punkte) berechnet. Klinisch signifikante PTSD-Symptomatik liegt gemäss diesem Fragebogen vor, wenn über mindestens ein Intrusionssymptom, 3 Vermeidungssymptome und 2 Hyperarousalsymptome berichtet werden. 	Q	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25, Mollica et al., 1991) erfasst Angst- und Depressionssymptome mit insgesamt 25 Items. Die Skala verfügt über sehr hohe Validität und Reliabilität und wurde zur Anwendung an Flüchtlingspopulationen angepasst (Mollica et al., 1991). Zur Symptomintensität wird der Mittelwert der jeweiligen Subskala (Angst und Depressivität) berechnet (0-4 Punkte). Die Angst oder Depressivität wird bei einem Wert von mehr als 1.75 als klinisch signifikant erachtet. 	Q	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • The Pain Rating Index (PRI) aus dem McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975), modifizierte Version mit 10 Items. Bestehend aus 2 Subskalen (je 5 Items) misst der Fragebogen affektive und sensorische Schmerzdimensionen. 	Q	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Global Assessment of Functioning (GAF) ist eine numerische Skala (0-100). Sie wird von klinischen Psychologen und Ärzten zur Beurteilung des sozialen, beruflichen und psychischen Funktionsniveaus eingesetzt. Die Skala ist im DSM-IV aufgeführt und beschrieben. is a numeric scale (0 through 100) used by mental health clinicians and doctors to rate the social, occupational and psychological functioning of adults. The scale is presented and described in the DSM-IV. 	CR	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Global Impression Scale (CGI): auf einer Skala von 1-7 werden der Schweregrad der Erkrankung sowie die globale Besserung bei psychiatrischen Patienten durch die klinische Fachperson eingeschätzt. 	CR	X	X

Instrumente	Erhebung ^a	Stichprobe ^b	
		1	2
Lebensqualität			
<ul style="list-style-type: none"> • EUROHIS wurde aus dem WHOQOL-Bref (Nossikov & Gudex, 2003) empirisch abgeleitet und erfasst mit 8 Items die allgemeine Lebensqualität und das subjektive Gesundheitsgefühl. 	Q	X	X
Integration			
<ul style="list-style-type: none"> • Ausmass der Integration wird gemäss dem Konzept von Heckmann (2003) durch eine Reihe von Items erfasst. Es wird dabei eine strukturelle (politischer Status, Arbeitssituation), eine soziale (Freizeitverhalten, Kontakte zu Schweizern bzw. eigenen Landsleuten) sowie eine kulturelle (Kenntnisse der Landessprache, Zugehörigkeitsgefühl) Ebene der Integration gemessen. 	I		X
Kosten im Gesundheitswesen			
<ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung: u.a. ambulante und stationäre Versorgung, Medikamente, Prävention, Rehabilitation 	I		X
<ul style="list-style-type: none"> • Fragen zum Prozess der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung: HMO-Ärzte, Spital etc. 	I		X
<ul style="list-style-type: none"> • Angaben allgemeinpraktizierender Ärzte/Ärztinnen: ein kurzer Fragebogen zu Häufigkeit von Konsultationen, gesundheitlichen Problemen und ärztlicher Überweisung an Spezialisten/ Spitäler 	Q		X
<ul style="list-style-type: none"> • Angaben durch die Krankenkasse; für Asylsuchende und Gesamtbevölkerung 	Daten-auszüg		X
Intelligenz			
<ul style="list-style-type: none"> • Standard Progressive Matrices (SPM; Raven, 1976); dieses non-verbale Verfahren wurde zur Erfassung der fluiden Intelligenz (allgemeinen Intelligenz 'g') entwickelt. Die Aufgaben werden ohne Zeitlimite gelöst und lassen die Berechnung eines Prozentranges im Vergleich mit westlichen Normstichproben zu. Mittlerweile liegen Normen für andere Länder vor (Lynn & Vanhanen, 2006). 	Q	X	X

Anmerkungen.

^aQ = Fragebogen/Checkliste, CR = klinische Einschätzung, I = Interview.

^b1= neu immigrierte Asylsuchende, 2=seit einem Jahr in der Schweiz lebende Asylsuchende

Tabelle A2
Herkunftsländer Stichprobe 1 (neu eingereiste Asylsuchende)

		Herkunftsland			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Afghanistan	2	4.7	4.7	4.7
	Algerien	1	2.3	2.3	7.0
	Côte d'Ivoire	2	4.7	4.7	11.6
	Irak	5	11.6	11.6	23.3
	Iran	5	11.6	11.6	34.9
	Nigeria	1	2.3	2.3	37.2
	Serbien	2	4.7	4.7	41.9
	Sri Lanka	2	4.7	4.7	46.5
	Sudan	2	4.7	4.7	51.2
	Syrien	4	9.3	9.3	60.5
	Kosovo	9	20.9	20.9	81.4
	Eritrea	2	4.7	4.7	86.0
	Guinea	1	2.3	2.3	88.4
	Liberia	1	2.3	2.3	90.7
	Libanon	1	2.3	2.3	93.0
	Tunesien	1	2.3	2.3	95.3
	Marokko	1	2.3	2.3	97.7
	Somalia	1	2.3	2.3	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Tabelle A3
Stichprobe 2 (seit 12 bis 18 Monaten in der Schweiz)

		Herkunftsland			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Afghanistan	5	11.6	11.6	11.6
	Côte d'Ivoire	1	2.3	2.3	14.0
	Irak	8	18.6	18.6	32.6
	Iran	3	7.0	7.0	39.5
	Nigeria	1	2.3	2.3	41.9
	Serbien	3	7.0	7.0	48.9
	Sri Lanka	2	4.7	4.7	53.6
	Türkei	6	14.0	14.0	67.6
	Kosovo	2	4.7	4.7	71.3
	Tibet	2	4.7	4.7	76.7
	Malediven	3	7.0	7.0	83.7
	Italien	1	2.3	2.3	86.0
	Burkina Faso	1	2.3	2.3	88.4
	Kurdistan	1	2.3	2.3	90.7
	Eritrea	2	4.7	4.7	95.3
	Palästina	2	4.7	4.7	100.0
	Total		43	100.0	100.0